

La reorganización de un área de salud mental infanto-juvenil en torno a la terapia grupal

Autores: Javier Sempere Pérez; M. José Rodado Martínez; Claudio Fuenzalida Muñoz.

Resumen.

Los autores describen su experiencia en la aplicación de un modelo de terapia grupal como forma de vertebración de un área de salud mental infanto-juvenil. Explican el contexto institucional en el que se desarrolla la experiencia para después pasar a analizar la red de grupos terapéuticos que se ponen en marcha en su área de trabajo. Pese a que en un principio la escasez y saturación de los recursos pudiera parecer el principal motivo para impulsar la utilización del modelo grupal, los resultados terapéuticos obtenidos sugieren que la efectividad del modelo supera las necesidades básicas y se impone como una forma de atención que debe ser tomada en cuenta de forma preferente en cualquier contexto terapéutico, sin menoscabo de las intervenciones individualizadas.

Summary

The authors describe their experience in applying a group therapy model as the primary structure of a Child and Adolescent Mental Health Area. Furthermore, they describe the institutional context of this experience for further analysis of the network of therapeutic groups that is currently utilized in their hospital.

Despite the initial assumption that the lack and availability of resources are the main reasons to encourage the use of this group model, the therapeutic results obtained suggest that the effectiveness of this model exceeds coverage of the basic needs mentioned above. Additionally, this model prevails as a treatment method that should be taken into account in all therapeutic contexts, without detriment to the individualized interventions.

Palabras Clave. Terapia grupal, grupoanálisis, grupo multifamiliar, psiquiatría infanto-juvenil, trastorno mental grave, trastorno mental en el niño, trastorno mental en el adolescente, Jorge García Badaracco.

Key Words. Group therapy, analytical group, multifamily Group, child and adolescent psychiatry, severe mental disorder, child and adolescent mental disorder, Jorge García Badaracco.

Contexto en el que se desarrolla la experiencia.

Los departamentos de salud del sur de la Comunidad Valenciana (áreas de Orihuela y Torreveija (INE, 2008) presentan gran precariedad de recursos en salud mental: escasos profesionales, ratios de pacientes muy elevadas y pocos dispositivos intermedios de prevención y tratamiento intensivo de los trastornos mentales graves, especialmente para abordar el ámbito de la población infantil y adolescente con trastornos psiquiátricos.

Cuando, ante esta situación, replanteamos el modelo de trabajo del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela –hacia mediados del año 2005- nos encontrábamos con unas consultas externas saturadas, que seguían el modelo clásico de atención individualizada de cada paciente y su familia, con una lista de espera para primeras visitas de varios meses, con una demanda continua de atención urgente de los casos más descompensados clínicamente y con la imposibilidad de ingresar a los pacientes que así lo requirieran ante la falta de unidades de hospitalización parcial o total en nuestro ámbito. Tres años después (en el año/en el 2008) se puso en marcha una Unidad de ingreso hospitalario de Psiquiatría Infanto-Juvenil con ocho plazas, que si bien supuso un importante aporte para la contención y tratamiento de los pacientes con trastornos más graves, trajo consigo un reto significativo al no contratarse –ni tampoco a día de hoy, mediados de 2010 se ha hecho-

nuevos profesionales para su plantilla. Ello significa que los dos psiquiatras y una psicóloga contratados en la Unidad ambulatoria pasan a su vez a hacerse cargo de la Unidad de hospitalización. Además, desde hace más de un año –principios del año 2009- algunos pacientes se integran en horario de mañana a las actividades de la Unidad de hospitalización, en un régimen terapéutico equivalente al de hospital de día.

Modelo de intervención terapéutica grupal

Los profesionales que constituimos el equipo de salud mental Infanto-Juvenil del área respetamos el modelo biológico de enfermedad mental aunque cuestionamos la simplificación de la atención limitada a un abordaje meramente sintomatológico y reivindicamos en todos los casos la intervención terapéutica sobre los vínculos familiares como motor de cambio.

Si bien todos llevamos a cabo un modelo de intervención basado en la comprensión global de la persona y sus procesos psicológicos, cada uno de nosotros utiliza técnicas diferentes de intervención terapéutica que abarcan desde los modelos sistémicos a los psicodinámicos.

Simultáneamente, todos compartimos la visión de terapeutas como Alice Miller (1998, 2005) respecto a la génesis del trastorno psíquico sobre la base de/basada en/a partir de la presencia de un inadecuado vínculo entre padres e hijos por el cual el niño no ha recibido un correcto modelo de crianza con fallas en su sustento afectivo. Y consideramos, por ello, que la meta de la intervención terapéutica radica en reconocer estas fallas y ofrecer a los pacientes un nuevo modelo de vinculación que los rescate de la situación de maltrato y confusión en la que están inmersos.

Una intervención terapéutica no limitada a la contención sintomatológica y la prescripción farmacológica exige en cualquier caso una disponibilidad de tiempo suficiente de consulta terapéutica y de seguimiento, lo cual supone un mayor reto dadas las características de nuestra institución. Como si de una regla de tres se tratara era evidente que la única manera de evaluar y realizar el abordaje terapéutico de tantos pacientes era la de atenderlos “a la vez”. Así se inició la gestación de los primeros grupos terapéuticos en el área.

En un principio sólo uno de los profesionales estaba familiarizado con el modelo grupal con experiencias de formación y práctica clínica en este campo, lo cual supuso un previo entrenamiento de los otros profesionales y un esfuerzo añadido en los inicios de este proceso.

El objetivo inicial fue que en los grupos terapéuticos tuvieran cabida no sólo los pacientes sino también sus familiares con el fin de poder intervenir sobre las dinámicas familiares implicadas en la aparición y/o mantenimiento de los síntomas. Por ello, a nuestros grupos fueron invitados los pacientes con más necesidades de atención terapéutica, sus familias y cualquier profesional vinculado a los casos (enfermeros, pedagogos y psicólogos escolares u otros) siguiendo un modelo similar al de terapia grupal multifamiliar del Dr. Jorge García Badaracco (1990).

Nuestra intención siempre distó de la de crear un grupo de carácter puramente psicoeducativo para familias como algunas de las experiencias descritas en la bibliografía (Wamboldt M. Z. , Levin L.,1995; Fristad Me et al.,2002), puesto que no pretendíamos “educar” a los pacientes y a sus familias en relación con el trastorno por el que consultaban, sino algo muy distinto: introducirnos en las dinámicas familiares con el fin de movilizar los vínculos entre el niño y su entorno y así crear un espacio de psicoterapia real en el que proveer de las herramientas necesarias para el cambio (Ayerra J. M., López-Atienza J. L., 2002).

No se trataba por tanto de una simple reunión de familias en la que abordar la patología expresada, sino de un espacio en el que lograr la “interacción” entre éstas con el fin de “sumar” los efectos terapéuticos que cada miembro del grupo desde un nivel individual/individualmente y cada familia con su mundo relacional concreto pudieran aportar al trabajo grupal (Blajakis M. I., López-Atienza J. L., 2002; Sempere, J. 2005).

El grupo se convierte así en un crisol de espejos en el que cada uno de los integrantes recibe la imagen que los otros proyectan sobre sí mismos, superponiéndose los aspectos externos de la convivencia familiar que aportan los familiares y los internos de lo que acontece en el proceso de interacción grupal. Se comparten, además, los señalamientos acerca de las situaciones familiares que tan seriamente dañaron o continúan dañando a los menores y que entendemos que están detrás de la sintomatología que éstos muestran. Tratando de huir de un clima de judicialización, buscamos un reconocimiento por parte de los padres de los modelos de interacción inadecuada que sostienen con sus hijos con el objetivo de que al fin/finalmente pueda darse un proceso de reparación. Sólo este valiente reconocimiento y el compromiso por parte de las familias en la participación activa en dicho proceso de reparación posibilitarán la recuperación del paciente.

El valioso testimonio que suponen los movimientos de cambio de otras familias que participan en el grupo representa el motor de cambio para los otros participantes. Por tanto, la riqueza de la intervención grupal radica en que, además de/al mismo tiempo que los terapeutas, cualquier participante en las sesiones terapéuticas se puede convertir espontáneamente en un testigo que reconozca una inadecuada interacción dentro de su propia familia o en otras familias participantes e inicie un proceso de rescate del paciente de una situación dañina.

A partir de aquí, nuestra función profesional no es sólo ayudar a que nuestros pacientes y sus familias tomen conciencia de su modelo relacional anómalo y acompañarlos en sus movimientos de cambio, sino también la de rescatar los aspectos más positivos y genuinos de cada uno de ellos, que en ocasiones no son suficientemente valorados dentro de sus familias o por su entorno inmediato, así como confrontar otros aspectos más negativos a menudo negados y actuados y de los que el paciente y sus familiares pueden tomar conciencia más fácilmente con la ayuda de los demás integrantes del grupo.

Experiencias en grupos

1.- Grupo de terapia multifamiliar en centro de salud mental infanto-juvenil (centro ambulatorio)

La primera situación a la que se trató de dar respuesta fue a la masiva demanda de atención de casos graves con frecuentes descompensaciones sintomatológicas que irrumpían de forma espontánea en las consultas externas. Las agendas diarias y los horarios de atención a los pacientes y también de finalización de la jornada laboral de los profesionales se veían continuamente alterados por la irrupción de múltiples pacientes que ante la escasa contención que ofrecían las visitas individualizadas – las que podían dedicárseles eran muy espaciadas y limitadas en el tiempo- demandaban atención de forma espontánea. La respuesta de urgencia que se daba era igualmente escasa en tiempo, haciendo un hueco entre las visitas concertadas de otros pacientes y orientada a poner “parches” ante la imperiosa demanda.

Fue así como se gestó el primer grupo terapéutico del centro: la idea era crear un contexto de terapia al que tuvieran acceso todos los niños y adolescentes de nuestra área sanitaria con necesidad de seguimiento más continuado, proveyéndoles de un tratamiento más cercano e intensivo. Pero a su vez se pretendía conseguir que este espacio reuniera todas las características de intervención propias de un correcto abordaje terapéutico, similar al que se les ofrecería en una consulta individualizada, es decir, con la aplicación de las técnicas psicoterapéuticas adecuadas, la evaluación y prescripción de tratamientos psicofarmacológicos cuando fuera conveniente, la atención de las demandas de los padres y la intervención terapéutica sobre las dinámicas familiares subyacentes a la sintomatología de estos niños y adolescentes. La complejidad, por tanto, era grande, puesto que el espacio terapéutico que queríamos construir venía a ser un sumatorio de las consultas individualizadas de numerosos pacientes y sus familias y además con pacientes especialmente graves.

Con este objetivo, a finales del año 2005 iniciamos en el servicio ambulatorio de psiquiatría infantil un grupo de terapia para familias (multifamiliar) de dos horas de duración y de

periodicidad semanal. Se trataba de un grupo abierto y sin límites prefijados de duración en el tiempo. La consigna que se les dio a los pacientes y a sus familias fue: “Todos los miércoles a las 15.30 horas tenéis la oportunidad de ser atendidos terapéuticamente a través de una terapia en grupo”.

La respuesta inicial por parte de las familias fue tímida. Sólo dos familias acudieron a la primera sesión convocada y en otras sesiones sólo una, llegándose a dar el caso de que, algunas semanas después, nadie acudiese. Pero el nuevo recurso terapéutico fue paulatinamente asimilado entre la población potencialmente demandante de atención en salud mental, de manera que en pocos meses se fue constituyendo un grupo con una asistencia habitual de alrededor de veinte a treinta integrantes.

Más allá de nuestras expectativas iniciales, empezaron a acudir no sólo los pacientes más graves y sus familias, sino también pacientes con aparente menor severidad de su cuadro clínico, así como personas que nunca habían tenido contacto con nuestros servicios sanitarios pero que conocían, a través de otros usuarios, la existencia del grupo multifamiliar. De esta manera el grupo multifamiliar acabó constituyéndose en una estructura permanentemente abierta de conexión de nuestra institución sanitaria con nuestro entorno social, en el lugar de entrada de algunos pacientes al centro, en nexo de unión de algunos pacientes dados de alta en las consultas individualizadas que así continuaban conectados a la institución a través del grupo y en lugar de formación para numerosos terapeutas (profesionales interesados en la formación en psicoterapia) y estudiantes de psicología que empezaron a acudir de forma regular.

Las temáticas tratadas en el grupo eran espontáneamente exportadas a las sesiones individualizadas a las que muchos de los pacientes seguían asistiendo, de manera que el trabajo terapéutico individual era enriquecido y complementado a través del grupo multifamiliar.

En el transcurso de las sesiones no sólo se incluyeron aspectos de intervención terapéutica propiamente dichos, sino que espontáneamente aparecieron temáticas en torno a la implicación de otros recursos en algunos de los casos y acerca de la medicación. De esta manera, tras cada sesión decidimos reservar un tiempo para dedicarlo a aspectos concretos individualizados de cada caso, como ajustes del tratamiento farmacológico en función de lo que se evidenciaba en las sesiones de terapia o de interconsultas de coordinación y derivación a otros recursos o a otros profesionales.

Podríamos decir que el grupo multifamiliar de los miércoles acabó por conformarse en el eje vertebral de la atención psiquiátrica del centro de salud mental infanto-juvenil en el que confluyen el resto de actividades terapéuticas al que pacientes y sus familias acuden de forma voluntaria, sin avisar ni pedir cita previa. Todos saben que cuentan con un espacio terapéutico semanal, así como con un lugar donde pueden buscar contención y respuesta ante cualquier situación emergente y donde ellos mismos y de forma compartida con el resto del grupo deciden su “alta”.

2.- Grupo de terapia semanal para preadolescentes con trastorno mental grave y grupo de terapia paralelo con padres y otros familiares.

Un año después de iniciar el grupo de familias se valoró la necesidad de ofrecer un nuevo recurso para un subgrupo específico de pacientes y familias de características muy concretas que pensamos requerían una intervención supletoria a la intervención individual o grupal multifamiliar semanal a la que ya tenían acceso. Se trata de niños preadolescentes con trastorno mental grave –psicosis infantil- que deriva en escasas habilidades sociales y graves problemas para su adaptación sociofamiliar y que por tanto se encuentran en un momento crítico de su evolución, en el que es fundamental apuntalar sus recursos propios ante la entrada en la adolescencia.

Fue así como ideamos crear un grupo terapéutico dedicado a estos niños, en el que promover la interacción entre ellos a través de técnicas terapéuticas específicas como son las actividades de juego en grupo, espacios de resolución de conflictos, cortos espacios de grupo a través de la palabra y salidas supervisadas fuera del recinto hospitalario. Simultáneamente se proyectó un espacio de terapia grupal para sus padres y otros familiares en el que atender sus demandas, contener su frustración y a la vez actuar sobre las dinámicas familiares subyacentes al trastorno.

Este grupo surgió, por tanto, como un subgrupo del grupo grande multifamiliar, llevándose a cabo, en principio, en sesiones semanales de hora y media –miércoles por la mañana de 12.30 a 14 horas- pero después, y con el fin de evitar la pérdida de tantas horas lectivas escolares, pasó a hacerse con periodicidad quincenal.

Estas sesiones se inician como un grupo multifamiliar breve –de una duración de quince a veinte minutos- en el que están presentes tanto los niños como sus familiares. En este primer grupo se comparten las situaciones más emergentes vividas en los días previos a la sesión y cualquier información relevante que pudiera ser utilizada en los espacios subsiguientes, ya que posteriormente los niños pasan a un espacio de terapia propio con los dos psiquiatras, mientras que los familiares siguen un grupo paralelo con la psicóloga. Al final de la sesión vuelven a unirse ambos grupos en otro grupo multifamiliar, durante otro corto espacio de tiempo, en el que se comparte las experiencias del grupo de niños con sus familiares y en el que se realiza un cierre conjunto de la sesión.

3.- Grupos terapéuticos en la Unidad de ingreso hospitalario de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Como ya señalamos, la apertura de la planta de ingreso psiquiátrico para niños y adolescentes de nuestro centro hospitalario supuso, por una parte, un valioso recurso en el que dar contención a la par que un tratamiento intensivo a nuestros pacientes –ocho camas para la que es la planta de hospitalización de referencia para toda la provincia de Alicante, admitiendo, además, pacientes de comunidades autónomas colindantes y pacientes invitados a acudir en régimen de hospital de día-. Por otro lado, también supuso un nuevo reto ya que el hecho de que no fuera contratado ningún nuevo psiquiatra o psicólogo para su atención significó que los mismos profesionales nos tuviéramos que hacer cargo de dos unidades a la vez (la hospitalaria y la ambulatoria) y expresar aún más nuestros recursos profesionales para ofrecer una adecuada cobertura.

Decidimos dedicar como máximo dos horas de nuestro horario para la nueva planta y atender en este tiempo limitado a todos los pacientes y sus familiares, así como coordinarnos con el personal de enfermería u otros profesionales y realizar las prescripciones farmacológicas y cualquier trámite burocrático. Para ello organizamos toda la atención clínica en torno al modelo grupal de la siguiente manera:

3.1. Grupo de terapia diario con pacientes ingresados en la Unidad de ingreso hospitalario de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

En este grupo participamos los dos psiquiatras de la Unidad, el personal de enfermería correspondiente al turno de cada día, la profesora adscrita a la planta y todos los pacientes ingresados (en régimen de hospitalización total o parcial). A través de este grupo se realiza una evaluación diaria de cada paciente, se analizan y elaboran las situaciones relacionales que acontecen en la convivencia diaria en la planta, entre los pacientes y entre éstos y los profesionales y se pactan/acuerdan, además, otras decisiones terapéuticas que posteriormente también se consensuarán con los padres, como el momento del alta, los permisos de salida o los ajustes farmacológicos.

Este grupo se convierte en un recurso altamente valioso para entender la aparición y la evolución de los síntomas de los pacientes en función de sus respectivos modelos de

vinculación al entorno, ya que pone en evidencia aspectos como su capacidad de integración con los iguales representados por los demás pacientes ingresados y las figuras de autoridad que constituyen los profesionales adscritos a la planta.

En el espacio grupal son revisadas las vivencias acontecidas en la planta hospitalaria de manera que cada paciente y cada profesional tienen la oportunidad de mostrar cómo se sienten en el contexto de convivencia compartida, así como de buscar paralelismos con otras situaciones que viven los pacientes fuera de la planta.

El grupo se convierte en un lugar de encuentro de todos los acontecimientos, malos entendidos, ilusiones compartidas, conflictos, etc., del día a día de la planta y en el espacio ideal para elaborar conjuntamente estas situaciones, que son el reflejo de las que seguramente también se producen en el mundo propio de cada uno de nuestros pacientes en sus “otros grupos” extrahospitalarios.

De este modo, el grupo provee de un nuevo modelo de entendimiento de sus realidades relacionales respectivas. Podríamos decir que con la evaluación de la vinculación de los pacientes a las figuras de autoridad –profesionales de la planta- estamos realizando una revisión de los vínculos paralelos que el paciente establece con las figuras adultas de su familia o centro escolar; mientras que siguiendo este paralelismo, a través de la evaluación conjunta de su modelo de relación con los otros pacientes ingresados, podemos entender su capacidad y modo de relación con sus iguales en el exterior.

Hemos de tener en cuenta que los pacientes ingresados suelen ser personas profundamente dañadas en su infancia y cuya expresión sintomatológica redundante en respuestas altamente disfuncionales que ocasionan una grave inadaptación social. Reconocer el daño sufrido y buscar su origen en una inadecuada crianza o protección del menor es responsabilidad de los profesionales que, facilitado el proceso a través del contexto grupal, deberá encontrar los mecanismos familiares y sociales que hay detrás de la patología expresada y denunciarlo dentro del grupo. Sólo de esta manera podrá actuar como un tercero –posiblemente junto a otros integrantes del grupo- que rescate al paciente de la situación de exclusión social en la que se encuentra.

3.2 . Grupo multifamiliar de la planta de psiquiatría infanto-juvenil:

Un día a la semana (los martes) el grupo anterior se transforma en un grupo multifamiliar donde a los integrantes del grupo de terapia diario se suman los familiares u otros miembros relevantes del entorno del paciente.

Así/De esta manera Conseguimos crear una comunidad terapéutica en la planta de ingreso vertebrada en torno a este grupo multifamiliar en el que se ponen en común las situaciones acontecidas en el espacio de convivencia de la planta hospitalaria con las situaciones vividas por los pacientes y sus familias en los contextos extrahospitalarios: las familias traen sus vivencias durante el tiempo de visita así como en las llamadas telefónicas y salidas –si las hubiera habido- con el paciente; se revisan y elaboran los vínculos que los pacientes crean con otros pacientes, con los profesionales y con las familias de los otros pacientes; los pacientes y sus familiares ponen en común los conflictos que pudieran haberse producido con los profesionales y entre ellos mismos durante el tiempo en el que permanecen ingresados y de la misma manera, los profesionales comparten con el grupo sus experiencias con los pacientes.

Este grupo sirve, además, de espacio en el que tomar conjuntamente con las familias decisiones sobre el alta hospitalaria, permisos de salida, cambios de medicación, etc., y se convierte, como ya se especificó en la introducción a la comprensión de nuestro modelo de intervención en grupos multifamiliares, en el espacio en el cual se da a la familia la posibilidad de tomar conciencia de sus dinámicas, tanto de las erróneas como de las adecuadas, y de poner en marcha nuevos recursos reparadores.

Conclusiones.

Con la experiencia que compartimos en este artículo no tratamos de justificar la utilización de los grupos terapéuticos como un modo de/para compensar la escasez de recursos o en función de las necesidades concretas de las instituciones ajenas a los profesionales. Más bien al contrario, nuestra experiencia con grupos en los últimos años nos hace pensar que, independientemente de cualquier condicionante, la intervención terapéutica grupal supone un aporte terapéutico valioso dado que multiplica, de forma exponencial, la movilización de los recursos de los pacientes y sus familiares y de los diferentes profesionales implicados.

Sin ignorar que cualquier otro encuadre individual o familiar puede resultar igualmente eficaz, observamos que el modelo grupal integra, más que ningún otro, todos y cada uno de los aspectos de otro tipo de intervenciones terapéuticas y las enriquece con la aportación especular de los otros participantes y el sumatorio del potencial terapéutico de los intervinientes.

Nuestra experiencia nos hace considerar que el modelo de intervención grupal con familias – terapia multifamiliar- es el más potente y aglutinador de todos los modelos grupales, por ofrecer la posibilidad de incluir el mayor número de/la máxima cantidad de/todos los procesos posibles en un mismo espacio de intervención en el que pacientes, familiares y profesionales nos enriquecemos de la colaboración en coterapia de todos los integrantes del grupo.

Nuestra experiencia demuestra, además, que es posible mantener un encuadre grupal multifamiliar que vertebré la intervención en un área de salud sin menoscabo de otros tipos de intervención terapéutica individual, familiar o grupal simultánea a los que estamos abiertos y que contribuyan a la salud de nuestros pacientes y sus familias.

La reorganización del área con la puesta en marcha de grupos multifamiliares no sólo ha contribuido al bienestar de nuestros pacientes sino también muy significativamente al propio bienestar de los profesionales. Sentimos que las expectativas y exigencias, antes depositadas casi exclusivamente sobre nosotros, son ahora compartidas por todos los integrantes de los grupos merced a la labor de coterapia espontánea inherente al abordaje grupal. De forma paralela, los profesionales formamos, al fin, un equipo que trabaja en equipo/como tal, participando de varias actividades comunes y compartiendo la conducción de los diversos grupos terapéuticos. Los terapeutas hemos pasado de tener/atender a “nuestros propios pacientes”, a los que limitábamos nuestras intervenciones terapéuticas, a compartir con los otros profesionales el proceso diagnóstico y terapéutico del resto de pacientes del área de salud y de sus familiares, lo cual ha revertido en un enriquecimiento de nuestras contribuciones clínicas.

Cabe considerar la importancia de una adecuada formación en el modelo de terapia grupal dirigida a los profesionales de la salud. Ninguna intervención resultará terapéutica sin un conocimiento de las técnicas necesarias para llevarla a cabo. Por tanto, no sólo se trata de construir grupos sino de conseguir que estos grupos sean realmente terapéuticos, y esto sólo es posible si los encargados de su conducción están cualificados para ello.

Lanzamos una reflexión que esperamos puedan recoger los gestores en Salud Mental: pensamos que aún no han tomado conciencia de lo que ya hace muchos años descubrieron sus colegas/se descubrió en el contexto del Sistema Educativo. A nadie le extraña que las aulas escolares o universitarias sean compartidas por varios alumnos, pues entendemos que la educación en grupo es enriquecedora a la vez que simplifica y promueve el aprovechamiento de recursos. ¿Acaso alguien se imaginaría un sistema educativo basado en un modelo “un profesor-un alumno”?

Quizás algo similar ocurra/se produzca/acontezca/suceda en un futuro próximo con la terapia y empiecen a proliferar los modelos grupales como forma básica de organización de las instituciones de Salud Mental. Nuestra experiencia de los/en estos últimos años corrobora que es absolutamente posible.

Bibliografía

Ayerra, J. M^a; López-Atienza, J. L. (2002). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Boletín* 26:3-12.

Blajakis, M. I. ; López-Atienza, J.L. (2002). Tratamiento multigrupal de la adolescencia (integración del grupo pequeño y del grupo multifamiliar). *Boletín* 27:3-14.

Fristad Me et al. (2002). Multifamily psychoeducation groups for families of children with bipolar disorder. *Bipolar disorders* 4(4):254-62.

García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Tecnicpublicaciones. Madrid. INE (Instituto Nacional de Estadística). 01-01-2008

Miller, A. (1998). *El drama del niño dotado*. Tusquets. Barcelona.

Miller, A. (2005). *Salvar tu vida. La superación del maltrato en la infancia*. Tusquets. Barcelona.

Sempere, J. (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* 5:93-102.

Wamboldt, M. Z., Levin, L. (1995). Utility of multifamily psychoeducational groups for medically ill children and adolescents. *Family Systems Medicine* 13(2):151-61.

Javier Sempere Pérez. Psiquiatra adjunto a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante). Presidente de la Asociación Salud Mental y director médico del Centre de Teràpia Interfamiliar de Elche (Alicante). Terapeuta grupal y terapeuta familiar.

Contacto: bsaselx@hotmail.com

M^a José Rodado Martínez. Psiquiatra adjunta a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante). Psicoanalista.

Contacto: mrodado@hotmail.com

Claudio Fuenzalida Muñoz: Psicólogo. Colaborador con el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja.

Contacto: fuenzalida.cl@gmail.com

Agradecimientos: A Jorge García Badaracco, máximo exponente del psicoanálisis multifamiliar, fallecido poco después de la redacción de este artículo e inspirador de casi todo lo expresado en él.

Recibido el 12 de agosto del 2010

Aceptado el 18 de noviembre de 2010

Última revisión el 1 de marzo de 2011